

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N° 473

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Paul Henri MAZILIER

Né le 6 Septembre 1906 à Avallon (Yonne)

ÉTUDE SUR LE TRAITEMENT
DU NOUVEAU-NÉ
ISSU DE SOUCHE SYPHILITIQUE

Président : M. DEBRÉ, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Paul Henri MAZILIER

Né le 6 Septembre 1906 à Avallon (Yonne)

ÉTUDE SUR LE TRAITEMENT DU NOUVEAU-NÉ ISSU DE SOUCHE SYPHILITIQUE

Président : M. DEBRÉ, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1933

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	MARION.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	PIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GRÉGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MAUCLAIRÉ.
	MULON.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE . Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri). Pathologie médicale.
 BROCC..... Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 BUSQUET..... Pharmacologie.
 CADENAT..... Pathologie chirurgicale.
 CATHALA..... Pathologie médicale.
 CHABROL..... Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 CHEVALLIER... Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie.
 chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HARVIER..... Pathologie médicale.
 HAZARD..... Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 HUTINEL..... Pathologie médicale.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri) .. Chimie biologique.
 LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique.
 OLIVIER..... Anatomie.
 PIÉDELIÈVRE.. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Fils Physiologie.
 SANNIE..... Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et syphili-
 graphie.
 TROISIER Pathologie expérimentale
 et comparée.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur)..... Pathologie médicale.
 VAUDESCAL Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES..... Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX..... Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIREParasitologie.

MM.

RETTERRER Histologie.
 ZIMMERN..... Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DU COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.
 ABRAMI Clinique médicale
 CHIRAY Clinique médicale.
 N... Clinique médicale.
 DUVOIR Clinique médicale.
 BASSET..... Clinique chirurgicale.
 CHEVASSU..... Clinique chirurgicale.
 HEITZ-BOYER .. Clinique chirurgicale.

MM.
 MOCQUOT Clinique chirurgicale.
 N... Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ Clinique chirurgicale.
 LE LORIER..... Clinique obstétricale.
 LÉVY-SOLAL ... Clinique obstétricale.
 METZGER Clinique obstétricale.
 GUÉNIOT Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans
 chaire.....

FREY
 CHAILLEY-BERT, agrégé...
 LEDOUX-LEBARD.....
 WEIL-HALLÉ

} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez
 l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés
 de guerre et les infirmes adultes.
 Stomatologie.
 Education physique.
 Radiologie clinique.
 Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

*En témoignage de ma
profonde affection.*

A MON ONCLE

M. L'ABBÉ CROUZAT

*Avec mon affectueuse
reconnaissance.*

A MON FRÈRE. A MES SŒURS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR R. DEBRÉ

Professeur de Bactériologie
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Beaujon
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous
faire le grand honneur
d'accepter la présidence de
cette thèse.*

A NOS MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR SERGENT

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEJARS

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ AUBERTIN

MONSIEUR LE DOCTEUR CHEVRIER

MONSIEUR LE DOCTEUR HALLÉ

MONSIEUR LE PROFESSEUR RATHERY

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ METZGER

A MADAME LE DOCTEUR JEANNE MONTLAUR

A MONSIEUR LE DOCTEUR HENRI MONTLAUR

A MONSIEUR LE DOCTEUR GERMAIN BLECHMANN

Hommage de reconnaissance et de profonde gratitude.

INTRODUCTION

Il n'est, certes, plus nécessaire de démontrer la nécessité de traiter les nouveau-nés syphilitiques, ni même d'insister sur le dépistage d'une syphilis de la descendance avant la naissance afin d'instituer un traitement prophylactique. Si nous reprenons ce sujet débattu dans ce modeste travail, c'est pour montrer l'importance particulière de certains cas dont la fréquence commence seulement à être connue. On sait que, malgré de multiples contestations dont nous parlerons plus tard, il est actuellement démontré que la syphilis peut atteindre la seconde génération et même les générations ultérieures. Des parents hérédo-syphilitiques donnent naissance, avec une fréquence et une gravité impressionnantes, à une descendance atteinte par l'infection tréponémique.

Nous envisagerons donc particulièrement ces cas de syphilis de seconde génération au point de vue de leur dépistage et de leur thérapeutique précoce. Nous bornerons notre étude strictement au nouveau-né, c'est-à-dire à la période qui s'étend de la naissance

jusqu'à la chute du cordon soit environ sur un laps de temps de trois semaines.

Il nous semble, en effet, que ce petit point du vaste problème de la syphilis a son importance particulière. Il n'est pas contestable que dans l'ensemble il y a tout lieu d'être optimiste quant aux résultats atteints par la lutte contre ce fléau. Grâce aux consultations prénatales, grâce au traitement spécifique appliqué aux mères syphilitiques, la mortalité infantile par cette maladie est en constante diminution.

Il appartient donc à notre génération de perfectionner les détails de la lutte contre la syphilis, de chercher les causes qui peuvent en retarder le plein succès. Or, l'une des causes de la mortalité infantile actuelle par syphilis est le non dépistage de celle-ci, avant la naissance ou dès les premiers jours de la vie. D'autre part, le dépistage est particulièrement difficile lorsque les parents ont une syphilis héréditaire souvent méconnue ou jugée inoffensive. Dans bien des cas, comme nous aurons l'occasion d'y revenir, l'infection syphilitique est restée complètement latente chez les parents aussi bien cliniquement que sérologiquement. En reconnaissant ces cas on peut, d'une part, sauver l'enfant par un traitement précoce et bien conduit ; en même temps, l'attention a été attirée sur la syphilis des parents qui, eux-mêmes, pourront bénéficier d'un traitement spécifique.

*
* * *

Le plan de notre travail est le suivant :

CHAPITRE I. — Historique.

— II. — Influence de l'hérédosyphilis
sur la descendance.

— III. — Manifestations cliniques et diag-
nostic.

— IV. — Méthodes de traitement.

— V. — Indications thérapeutiques.

— VI. — Observations.

Nous tenons à adresser tous nos remerciements à M. et M^{me} H. MONTLAUR qui ont bien voulu nous donner le sujet de notre thèse et dont les conseils nous ont permis de mener à bien ce travail.

Que M. G. BLECHMANN veuille trouver ici l'assurance de notre reconnaissance.

M. le Professeur Agrégé LE LORIER, professeur accoucheur en chef de la Maternité de Paris nous a permis de puiser dans les archives de la consultation antisiphilitique de son service les observations de nouveau-nés, suivis par M. et M^{me} MONTLAUR et qui figurent dans notre thèse.

M. le Professeur Robert DEBRÉ nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous tenons à lui exprimer ici notre respectueuse reconnaissance.

CHAPITRE PREMIER

Historique

On sait que la syphilis est connue en Europe depuis la fin du ^{xv}^e siècle. Nous n'insistons pas ici sur la discussion concernant les origines de cette maladie. Les uns pensent qu'elle a été importée d'Amérique au moment de sa découverte, les autres prétendent qu'elle a toujours existé en Europe mais qu'elle a été caractérisée pour la première fois au moment d'une véritable épidémie qui sévit au siège de Naples par Charles VIII, en 1493.

Quelle que soit l'origine de la syphilis, il est étonnant de constater que dès son apparition et son identification, son traitement fut tout trouvé sous forme de mercure. C'est le mercure qui restera pendant plus de quatre siècles le traitement unique de la vérole. Il ne sera détrôné que vers 1910 par les dérivés arsenicaux découverts par EHRLICH. Le bismuth apparaît encore plus tard, en 1914, après les travaux de Sazerac et Levaditi.

Pour ce qui concerne l'hérédité de la syphilis, il y a

eu une période où tous les auteurs y crurent sans chercher à l'approfondir, puis elle a fait l'objet de longues discussions jusqu'au moment où son existence et ses modalités furent démontrées d'une façon définitive.

Il semble bien que les auteurs du xvi^e siècle connaissent la transmission de la syphilis des parents aux descendants. En particulier, Théophraste PARACELSE écrit avoir vu naître des enfants avec des manifestations évidentes de la syphilis. FALLOPE décrit également l'hérédo-syphilis. Les enfants naissent tout cuits — dit FALLOPE — « fournissant la preuve du péché des parents ».

Jusqu'au xviii^e siècle tout en admettant l'existence de la syphilis héréditaire, on n'en approfondit guère l'étude. Le premier travail qui envisage la question d'un point de vue pratique est celui de RAULIN. Cet auteur esquisse une véritable prophylaxie de l'hérédo-syphilis en se proposant de « guérir les enfants avant la fécondation et la naissance ». Le traitement consiste à cette époque-là dans l'attaque de la syphilis chez les parents. Lorsque'un mère syphilitique mit un enfant au monde, on continua à lui faire des frictions mercurielles, pensant traiter ainsi l'enfant par l'intermédiaire du lait de sa mère.

Cependant la doctrine de l'hérédité de la syphilis subit de sérieuses attaques de la part de HUNTER en Angleterre et de SWEDIAUR en France. Malgré les contestations de ces autorités de l'époque, on créa à Paris un hospice pour les mères syphilitiques, en

1780. Cet hospice, l'hospice de Vaugirard s'efforça d'améliorer le pronostic alors effroyable de la syphilis héréditaire.

Trente ans après la fondation de l'Hospice de Vaugirard on a relaté une statistique mentionnant 30 % de guérisons. Ces résultats furent obtenus surtout par l'obligation de l'allaitement maternel.

Pendant tout le xix^e siècle le grand traitement de la syphilis héréditaire du nourrisson sembla être avant tout l'allaitement maternel. D'après BLAISE les enfants hérédo-syphilitiques nourris au biberon meurent presque tous, alors que l'allaitement maternel arrive à sauver deux tiers d'entre eux.

Le pronostic de la syphilis héréditaire était encore extrêmement grave, comme il ressort d'un travail de HOCHSINGER, de 1889. Sur 100 hérédo-syphilitiques, voilà le pronostic moyen :

- 50 meurent pendant le premier semestre ;
- 25 meurent pendant le second semestre ;
- 16 meurent avant dix ans et
- 9 seulement survivent.

Une statistique de FOURNIER de la même époque montre la différence de mortalité à l'hôpital et dans la clientèle de ville. Cette statistique englobe les fausses-couches, les morts-nés et les nourrissons morts en bas-âge :

A Lourcine la mortalité est de 86%.

A Saint-Louis elle est de 84 %.

En ville seulement de 42 %.

Il y a eu à la fin du siècle dernier des discussions

sur les *modalités* de la transmission héréditaire de la syphilis. On a cru d'abord que seul le père était capable de communiquer la maladie à la descendance. Puis, plus tard on en attribua la responsabilité à la mère seule. A. FOURNIER, puis GAUCHER démontrèrent à l'aide de preuves cliniques que le père aussi bien que la mère pouvait être l'origine de l'héredo-syphilis. D'après A. FOURNIER, l'origine maternelle de l'infection était plus grave :

Dans l'hérédité paternelle la mortalité est de un quart ;

Dans l'hérédité maternelle, elle est de trois quarts.

En 1916, FORDYCE a encore allégué l'impossibilité de l'hérédité paternelle, le tréponème ne pouvant trouver place dans la tête du spermatozoïde. Les idées régnantes actuelles font considérer que toute femme mettant au monde un produit entaché de syphilis est elle-même une syphilitique, soit contaminée par le conjoint, avant ou pendant la conception ; soit une héredo-syphilitique.

Dans la pratique, l'hérédité est d'ailleurs presque toujours mixte, comme l'a montré FOURNIER.

C'est encore A. FOURNIER qui a démontré la première fois l'existence incontestable de la *syphilis de seconde génération*. Ces cas ont été particulièrement étudiés au XIII^e Congrès International de Médecine, en 1900, par FINGER. Enfin, E. FOURNIER, en 1905 a montré que la syphilis de la seconde génération est encore une syphilis *virulente* et non pas seulement une dystrophie, comme l'a prétendu TARNOWSKY. La

mortalité des enfants issus de parents hérédo-syphilitiques est encore de $2/5^0$.

Nous verrons dans les pages suivantes les travaux des auteurs modernes sur la question. Nous tâcherons de montrer également en quelle mesure le pronostic de l'hérédo-syphilis peut être amélioré par un traitement rationnel pendant la grossesse et dès les premiers jours de la vie, sans parler du véritable traitement prophylactique qui, comme on l'a déjà mainte fois formulé, doit être appliqué avant la conception.

CHAPITRE II

Influence de l'hérédo-syphilis sur la descendance

Depuis qu'Alferd FOURNIER a étudié les syphilis de seconde génération, de nombreux auteurs sont revenus sur cette question. Tous sont d'accord de considérer l'hérédo-syphilis des parents comme un facteur aussi important « sinon davantage » (M. et M^{me} MONTLAUR) d'infection syphilitique de l'enfant que la syphilis acquise. Parmi les travaux modernes, nous citerons avant tout ceux de M. et M^{me} MONTLAUR, puis la thèse de POTELUNE, inspirée par M. MONTLAUR, enfin les articles de PAUTRIER, de SANZ, de GOUGEROT, etc.

Edmond FOURNIER, en se basant sur de nombreux documents laissés par son père, a étudié la descendance de 116 hérédo-syphilitiques. Sur 367 grossesses présentées par ces sujets ou par leur femme, il y a eu 118 avortements et 59 morts rapides, ce qui fait une mortalité de 48 %, presque aussi importante que dans la syphilis acquise.

POTELUNE a dépouillé la statistique de la Maternité de Port-Royal et a établi une statistique portant sur 331 accouchements survenus chez des femmes hérédosyphilitiques. Or, dans 292 cas sur 331, il y a eu avortement, accouchement prématuré avec mort du fœtus ou décès dès les premiers jours.

LÉVY-SOLAL a étudié 46 cas de syphilis de seconde génération et relève les accidents suivants :

Avortements	8
Fœtus macéré	4
Morts-nés	3
Morts en bas âge	20
Vivants	11 (dont 5 tarés)

Au point de vue de la responsabilité du père et de la mère, il est fort difficile de se faire une idée juste. D'après M. et M^{me} MONTLAUR, c'est surtout l'hérédosyphilis maternelle qui intervient ; la syphilis héréditaire du père joue un rôle beaucoup plus malaisé à interpréter.

Tous les cas de syphilis de seconde génération ne sont d'ailleurs pas susceptibles d'être classés sous une même rubrique. D'après TARNOWSKY, il n'y avait plus d'infection dans ces cas-là, mais uniquement le développement de dystrophies sur un terrain spécial. Pour Edmond FOURNIER, seulement 14 % de cas de syphilis de seconde génération sont virulents, c'est-à-dire témoignent véritablement de la persistance de l'infection tréponémique.

On a beaucoup insisté, ces derniers temps, sur

l'atteinte élective des glandes à sécrétions internes dans l'hérédo-syphilis. MM. LESNÉ et BOUTELLIER les considèrent comme les facteurs principaux de la dystrophie morphologique. On sait que ces glandes, en particulier l'hypophyse, le thyroïde, le thymus, les glandes génitales, etc., commandent tout le développement et toute la morphogénèse. Il suffit qu'elles soient lésées pour que des tares et des infirmités s'ensuivent. MM. RUDAUX et MONTLAUR pensent que dans bien des cas de syphilis de seconde génération ce sont les troubles glandulaires qui dominent et que l'infection syphilitique n'est plus évolutive. Ces faits ont leur importance pratique au point de vue du traitement, comme nous le verrons plus loin.

*
* *

Il importe d'insister particulièrement sur un point qui est assez peu connu et que l'on doit envisager très sérieusement au point de vue de la prophylaxie de l'hérédo-syphilis : c'est la latence clinique et sérologique fréquente des hérédo-syphilis. M. GOUGEROT a insisté sur les cas de réaction sérologique négative avec grossesses malheureuses. RUDAUX et MONTLAUR ont particulièrement étudié le rapport entre la gravité de l'hérédo-syphilis des parents et celle de la descendance. Ces auteurs divisent les cas en quatre catégories :

1^o Manifestations cliniques apparentes et réactions sérologiques positives.

2^o Manifestation cliniques, mais 'sérologie' négative.

3^o Pas de manifestations cliniques, mais sérologie positive et enquête familiale permettant de déceler la syphilis.

4^o Pas de manifestations cliniques, sérologie négative, seule l'enquête a permis d'établir l'existence de la syphilis.

Il est très instructif d'appliquer cette classification sur la statistique de la Maternité, figurant dans la thèse de M. POTELUNE.

Dans la première catégorie où tous les signes sont au complet on trouve 46 grossesses avec 4 enfants vivants et sains.

Dans la seconde catégorie où le Wassermann est négatif on trouve 100 grossesses avec 14 enfants vivants.

Dans la troisième catégorie, sans signes cliniques, il y a 61 grossesses avec 7 enfants sains.

Enfin, dans la quatrième catégorie où il n'y a aucun signe et où seule l'enquête permet de mettre en évidence la syphilis, il y a 125 grossesses avec 14 enfants bien portants.

Nous arrivons donc à cette conclusion exprimée par M. et M^{me} MONTLAUR que la *syphilis des enfants n'est nullement proportionnelle à celle des parents*. On est particulièrement frappé de la fréquence des syphilis complètement latentes dans lesquelles la descendance est frappée d'une infection manifeste.

Ainsi, la réaction de Bordet-Wassermann est négative.

tive dans 85 % des cas où une mère hérédo-syphilitique a donné naissance à un enfant manifestement infecté. MM. COUVELAIRE et MAYER ont signalé des cas grave de septicémie syphilitique du nouveau-né, alors que la réaction sérologique de la mère a été négative.

Il n'y a pas lieu de s'étonner, dans ces conditions, que la syphilis de la mère n'est diagnostiquée bien souvent que par les signes que l'on constate chez l'enfant.

Ces faits constituent un argument de plus en faveur de la recherche de la syphilis chez le nouveau-né. Nous allons montrer dans le chapitre suivant les principales manifestations de la syphilis chez le nouveau-né.

CHAPITRE III

Manifestations cliniques et diagnostic

Innombrables sont les signes de syphilis héréditaire décrits par les divers auteurs. Leur nombre va en augmentant sans cesse et on ne songe guère à réviser un peu la valeur de ceux qui ont été décrits antérieurement, en se basant peut-être sur une documentation insuffisante ou sur une interprétation erronée. Aussi, ne voulons-nous pas faire ici l'énumération fastidieuse de tous les symptômes. Nous n'insisterons que sur ceux qui offrent une réelle garantie et sur lesquels on peut se baser pour poser des indications thérapeutiques.

Les deux moments importants du diagnostic sont : pendant la grossesse et au moment de l'accouchement. Nous étudierons les éléments qui sont différents selon ces deux époques.

*
* *

Il va sans dire que la mère doit être examinée à fond pendant la grossesse pour dépister une syphilis

latente. Il n'est de meilleur traitement que celui de la mère pour prévenir l'hérédo-syphilis et pour diminuer la mortalité. A ce point de vue-là, on procède à un examen médical et obstétrical, à une réaction sérologique et enfin on pratique une enquête familiale.

L'examen médical sur lequel nous n'insistons pas recherchera les signes de syphilis cutanéomuqueuse ou viscérale. Particulièrement suspects sont les albuminuries massives de la femme enceinte (RUDAUX et MONTLAUR). Au point de vue obstétrical, on recherchera surtout la possibilité de l'hydramnios soit au cours de la grossesse présente soit au cours des grossesses antérieures. D'après M. BLANCHET, 7 % de syphilitiques font des hydramnios et d'autre part 12 % des hydramnios sont d'origine spécifique.

Dans les antécédents obstétricaux on insistera sur les fausses-couches antérieures, sur leurs caractères ; sur les accouchements prématurés (BLANCHET estime que 7 % des accouchements prématurés sont dûs à la syphilis).

Pour ce qui concerne la réaction de Bordet-Wassermann, nous avons déjà dit qu'elle n'a de la valeur que si elle est positive. La fréquence des réactions négatives chez la mère dans les cas où le nouveau-né était manifestement syphilitique, lui enlève toute valeur.

Beaucoup plus grande serait l'importance de l'enquête familiale. Tous les cliniciens insistent sur sa

valeur, mais tous montrent aussi les difficultés particulières qu'elle rencontre souvent.

Il y a tout d'abord la dissimulation volontaire par crainte de dévoiler des tares familiales plus ou moins graves. Bien souvent le médecin de la famille est au courant de certains faits que l'on cache au nouveau-venu ou au spécialiste appelé en consultation (voir les observations de M. GOUGEROT et de M. PAUTRIER).

Il y a, en second lieu, la difficulté d'interprétation de certains antécédents familiaux. On sait combien l'origine syphilitique de certaines manifestations, comme l'angine de poitrine ; la cirrhose, de certains accidents nerveux est discutée et discutable. C'est souvent alors un « diagnostic de sentiment » comme le dit M. Rabadeau Dumas.

*
* *

Au moment de l'accouchement, le diagnostic se base sur les modalités de celui-ci et sur l'examen du nouveau-né. Il importe d'étudier avant tout le placenta qui peut fournir des signes de quasi certitude. L'aspect du placenta syphilitique, en « hachis de porc », en « chair à saucisse » a déjà été décrit par FALLOPE. On insiste, depuis le siècle dernier, surtout sur le poids du placenta par rapport à celui du nouveau-né (DIAS, BRIDIER, PINARD, etc.). Tous les auteurs pensent que lorsque le rapport fœto-placentaire dépasse $1/5^0$, il y a de très fortes présomptions en faveur de la syphilis.

Un autre signe important et presque pathognomonique est la géméllité univitelline.

L'examen de l'enfant va présenter des problèmes diagnostiques beaucoup plus délicats. Avec M. et M^{me} MONTLAUR et d'après M. MARFAN, nous distinguerons des signes de certitude et des signes de présomption. Après avoir décrit les signes, nous individualiserons quelques formes cliniques fréquentes.

a) SIGNES DE CERTITUDE

Parmi ceux-ci, très caractéristique, mais très rare aussi est le *pemphigus palmo-plantaire*. Ce sont des bulles isolées ou parfois confluentes en une phlyctène siégeant à la paume ou à la plante des pieds, plus rarement sur la face dorsale des extrémités, dont le contenu devient rapidement purulent et hémorragique. Après leur effacement, il reste longtemps une coloration cuivrée de la peau.

Les autres manifestations sont plus fréquentes et presque aussi caractéristiques. Le *coryza muco-purulent* apparaît dès les premiers jours. L'écoulement d'abord séreux, devient purulent, puis hémorragique et fétide. Rapidement le nez est obstrué par des croûtes jaunâtres, rendant la tétée difficile.

Ce coryza peut s'accompagner d'autres manifestations muqueuses et cutanées. On observe parfois des bronchites dont l'apparition dès la naissance serait un bon signe de syphilis (LE GRAND KERR, E. FOURNIER). Les manifestations cutanéomuqueuses

sont d'une grande variété. Nous ne ferons que citer les formes érythémato-papuleuses (circinée et psoriasiforme), les syphilides acnéiformes, la roséole banale les formes érythémato-squameuses, les syphilides lenticulaires de Parrot, les syphilides tuberculeuses et gommeuses, etc. Les lésions de la muqueuse buccale sont également diverses : plaques muqueuses, glossite exfoliatrice marginée, langue fendillée, langue scrotale, etc.

En dehors des lésions cutanées et musqueuses, il convient de situer dans les signes de certitude l'aspect de l'enfant : faciès de « petit vieux », ridé, « cuit », comme l'a remarqué déjà FALLOPE.

L'*hypertrophie du foie et de la rate* sont également de cette série de signes. On sait l'importance que possède l'atteinte du foie dans l'hérédo-syphilis.

La pseudo-paralysie de PARROT est souvent rangée parmi les signes de certitude. Elle nous intéresse moins car son apparition est relativement tardive. Il en est de même de l'augmentation de volume des testicules qui n'a d'ailleurs de la valeur que lorsqu'elle est bilatérale.

Genaro SISTO insiste beaucoup sur la valeur du *cri* de l'enfant. Cet auteur distingue un cri spécial à la syphilis : incessant, en rapport avec des douleurs osseuses, s'exagérant la nuit ou bien parfois rauque aphone, lié au coryza.

Tous ces signes auraient de la valeur même si l'on n'en constate qu'un seul.

b) SIGNES DE PRÉSUMPTION

Cette deuxième série de manifestations n'ont au contraire que la signification que lorsqu'on les constate groupés selon divers modes que nous étudierons ensuite.

En premier lieu viennent les *modifications de l'état général*. Celles-ci peuvent aller de la simple débilité congénitale jusqu'aux états les plus sévères d'hypotrophie. D'après PINARD, on doit suspecter la syphilis chez tout nourrisson qui ne profite pas, malgré une alimentation bien conduite. D'autre part, les enfants *trop gros* sont suspects aussi.

La *prématuration*, comme nous l'avons vu, est très fréquemment d'origine syphilitique, mais sa constatation à elle seule ne peut être une indication suffisante pour le traitement spécifique.

Les *malformations* : bec de lièvre, imperforation des orifices naturels, affection cardiaques congénitales, etc., constituent une assez forte présomption.

Une série de troubles mis sur le compte d'une insuffisance hépatique doivent éveiller l'attention. Ce sont les *hémorragies* : hémorragie méningée, mise trop facilement sur le compte exclusif d'un traumatisme obstétrical ; hématoméses, melænas, omphalorrhagies, etc., doivent faire rechercher les autres signes de syphilis. Il en est de même de l'*anémie* sous une forme simple ou sous la forme d'anémie pseudo-leucémique de Von JACKSCH et LUZET. En ce qui concerne les *ictères*, l'accord est loin d'être fait sur

leur origine. Tout ictère prononcé, s'accompagnant d'autres symptômes doit faire rechercher les syphilis.

Les *adénopathies* n'ont une certaine valeur que lorsque leur localisation est sus-épitrochléenne bilatérale. Dans ce cas, leur valeur serait considérable.

L'*hydrocéphalie* qui se manifeste dès la naissance est très souvent syphilitique. Pour ce qui concerne les *convulsions*, leur interprétation est extrêmement délicate. On ne saurait étiqueter syphilitique toute convulsion du nouveau-né. De très multiples autres causes peuvent en déterminer. Il en est de même des *vomissements*. Ceux-ci n'ont de la valeur que lorsqu'ils sont installés à l'état chronique. Encore faut-il éliminer les fautes d'hygiène alimentaire ou ces troubles végétatifs qui sont à la base des troubles des « vomisseurs habituels ».

c) PRINCIPALES FORMES CLINIQUES

Il y a toute une gamme de formes que nous étudierons dans l'ordre de leur gravité décroissante :

1^o *L'enfant mort-né*, ne présente d'intérêt que pour le diagnostic de la syphilis des parents ; le mort-né macéré est considéré à l'heure actuelle par l'immense majorité des auteurs comme une signature indiscutable de syphilis. Nous avons déjà vu plus haut que fréquemment c'est la constatation des signes de syphilis chez l'enfant qui fait songer à une atteinte des parents.

2° *La forme obstétricale* de PÉHU qui se caractérise par la mise au monde d'un enfant non viable.

Celui-ci meurt pendant l'accouchement.

3° *La septicémie syphilitique* du nouveau-né se caractérise avant tout par une hépatosplénomégalie, s'accompagnant souvent d'ascite, de circulation collatérale et de phénomènes cutanés. Traitées à temps ces formes ne sont pas toujours mortelles.

4° *La forme « a maxima »* se caractérise surtout par un épanchement péritonéal, une infiltration des téguments et une efflorescence d'accidents cutanéomuqueux. C'est dans cette forme-là qu'on rencontre surtout le pemphigus.

5° *Les formes larvées* sont bien plus importantes à connaître. Il s'agit d'enfants qui ne présentent guère que des signes de présomption. Ce sont tantôt des nouveaux-nés hypothrepsiques, tantôt ils présentent des convulsions, ou un ictère ou encore c'est simplement un enfant trop gros sans aucun trouble réalisant une véritable forme floride.

On comprend que dans ces cas-là on passe à côté de la syphilis qui plus tard s'extériorisera sous une forme plus sévère. C'est précisément tout l'intérêt des diagnostics précoces. Nous ne saurions mieux terminer ce chapitre que d'insister sur l'importance de l'enquête personnelle et surtout familiale qui, d'après Fruhinholz, a permis de faire le diagnostic de syphilis dans 40 % des cas.

CHAPITRE IV

Méthodes thérapeutiques

Avant d'étudier les indications spéciales de thérapeutiques chez l'enfant issu de parents hérédo-syphilitiques, nous résumerons les principales méthodes de traitement préconisées actuellement. Ces méthodes se divisent en deux grands groupes : le traitement général et le traitement spécifique.

« *La médication spécifique n'a guère de chances de succès sans traitement général, pas plus que celui-ci s'il n'est associé au traitement spécifique* » disent M. et M^{me} MONTLAUR. Il semble, en effet, que chacune de ces grandes méthodes complète l'autre afin de soutenir l'organisme dans sa lutte contre l'infection syphilitique.

a) TRAITEMENT GÉNÉRAL

Le premier principe du traitement général de l'hérédo-syphilis est la *nécessité absolue de l'allaitement maternel*. Nous avons déjà vu les différences de

pronostic que les auteurs anciens ont obtenu entre les enfants nourris au sein et ceux qui ont été nourris au biberon. Actuellement, il semble que l'allaitement maternel est celui qui convient le mieux à ces enfants. Mais en cas d'impossibilité absolue, on aura recours à l'alimentation par les bibeurres. On utilisera soit le bibeurre doux sucré, soit le bibeurre acide sucré et alcalinisé avec de l'eau de chaux à 10 %.

En dehors des règles alimentaires, il faudra souvent avoir recours à des procédés multiples tendant à améliorer l'état général :

Sérum glucosé à 47 p. 1000, administré soit en injections sous-cutanées à la dose quotidienne de 5 à 20 centimètres cubes, soit en lavement de 10 centimètres cubes en y ajoutant une goutte d'une solution d'adrénaline au 1/1000^e.

On remplacera le sérum glucosé par du sérum salé isotonique en cas de vomissements répétés, administré de la même façon que le précédent et parfois au cours des diarrhées, par du sérum bicarbonaté isotonique (RIBADEAU-DUMAS).

Dans tous les cas de mauvaise nutrition, de perte de poids, l'insuline sera utilisée avantageusement, en injectant une unité clinique par kilo et par jour en donnant en même temps du sucre.

L'état général sera soutenu par les procédés habituels : huile camphrée (bien que son emploi soit assez discuté chez les tout petits), quelques gouttes de la solution d'adrénaline au 1/1000^e par la bouche ou encore des inhalations d'oxygène.

Le sang maternel en injections sous-cutanées, ou, au besoin, sous forme de véritables transfusions donnent des résultats très intéressants chez les débiles. Il faudra commencer par des toutes petites doses pour éviter les phénomènes de choc. M. LESNÉ et également M. HUTINEL recommandent le traitement opothérapique et les cures d'ultra-violet.

b) TRAITEMENT SPÉCIFIQUE

Parmi les trois éléments utilisés contre la syphilis, chacun a été préconisé pour le traitement de la syphilis héréditaire du nouveau-né. Nous éliminerons néanmoins d'emblée le *bismuth* dont l'emploi n'est pas admis par la majorité des auteurs. Les sels solubles semblent donner des accidents graves chez le nourrisson (BRIZARD). Une assez sérieuse objection contre les suspensions huileuses est leur difficulté de résorption dans les frêles masses musculaires du nouveau-né (MONTLAUR). Cependant M. LESNÉ et M^{me} LINOSSIER-ARDOIN ont recours quelquefois au bismuth lipo-solubles en cas d'intolérance à l'arsenic.

L'*arsenic* est actuellement le médicament anti-syphilitique le plus actif. On peut l'utiliser sous trois formes principales : arsénobenzol intra-veineux, sulfarsénol ou acétylarsan sous-cutané et enfin arsenic pentavalent (stovarsol) par la bouche. L'inconvénient des arsénobenzols chez le nouveau-né c'est la difficulté de l'administration intra-veineuse. L'injection

dans le sinus longitudinal supérieur, quoiqu'elle ne donne qu'exceptionnellement lieu à des accidents, est encore assez délicate.

Voici la technique qu'en a donnée M. BLECHMANN dans une série de communications et mémoires en 1913-14 :

« **TECHNIQUE.** — En cinq mois (1913) nous avons
« pratiqué par notre procédé plus de 250 injections
« intraveineuses de « 914 » chez des nourrissons et
« des enfants du premier âge. L'injection intra-
« veineuse chez les nourrissons nécessite un tour de
« main facile à acquérir pour ceux qui ont l'usage
« des ponctions veineuses chez d'adulte.

« **1^o Préparatifs.** — De bons instruments, de bons
« acides et une patience sans limite. Une table assez
« haute, bien éclairée, des aiguilles courtes de 15 à
« 17 millimètres de longueur, de 4 à 6/10 de milli-
« mètre de diamètre, à biseau très court, des se-
« ringues de 2 centimètres, de modèle courant, ou
« la seringue de Wahl à section ovale, deux aides
« pour maintenir solidement l'enfant, des ampoules
« de novarsénobenzol de 0,05, et 0,15 centigrammes
« et des ampoules de 2 centimètres cubes d'eau dis-
« tillée. Il faut pratiquer l'injection l'aiguille montée,
« c'est-à-dire en un seul temps.

« **2^o Doses à injecter.** — Le traitement comprend
« des séries de 5 à 10 injections (tous les six à sept
« jours) séries séparées par un repos de quatre à
« huit semaines suivant la R. B.-W. La dose initiale
« est de moins de 1 centigramme par kilogramme,

« la dose terminale atteint 1 centimètre et demi par
« kilogramme. Par prudence, notre première injection chez le nourrisson de moins d'un an ne dépasse
« guère 2 centigrammes, quel que soit le poids.
« (Chez les enfants cachectiques, nous n'injectons
« que 1 centigramme au début). M. Jules RENAULT
« commence d'emblée par la dose maximale. »

« 3°. — *Injection par la veine jugulaire externe,*
« *les épicroaniennes et le sinus longitudinal supérieur :*

« Nous injectons le novarsénobenzol par la veine
« jugulaire externe ou par les veines épicroaniennes.

« Quand l'enfant est couché sur le dos, la nuque
« reposant sur un coussinet et le visage fortement
« tourné, on aperçoit le relief de la jugulaire dans la
« région latéro-cervicale ; elle devient littéralement
« turgescente quand l'enfant pousse des cris et
« pleure. On ponctionnera habituellement la veine
« sans difficulté et directement, contrairement à
« SIMPSON et TATCHER qui *dénudaient* la veine jugu-
« laire pour pratiquer une injection *unique*, de « 606 ».

« Chez les hérédos-spécifiques, le crâne fréquemment
« rachitique présente des veines épicroaniennes volu-
« mineuses (veines dystrophiques d'Ed. FOURNIER).
« Comprimées au confluent des veines temporales,
« ces veines épicroaniennes seront particulièrement
« accessibles aux injections de novarsénovenzol. Ré-
« cemment, M. CASSOUTE a montré que la friction
« de ces veines par le xylol les rendait particulière-
« ment accessibles.

« La ponction du *sinus longitudinal supérieur* par

« la grande fontanelle a été utilisée par M. MARFAN
« dans un but thérapeutique en 1898.

« Le sinus longitudinal supérieur ou sinus trian-
« gulaire, impair et *médian*, occupe toute la longueur
« convexe de la faux du cerveau, et avec lui, la
« *gouttière sagittale* creusée sur les trois os, frontal
« pariétal et occipital. Sa forme est celle d'un prisme
« triangulaire à base supérieure et son calibre va
« croissant d'avant en arrière. Signalons qu'il reçoit
« entre autres les *veines cérébrales supérieures*. Chez
« le nourrisson, sa paroi supérieure est intimement
« unie à la paroi profonde de la grande fontanelle,
« et l'épaisseur qui sépare l'endothélium veineux de
« la surface cutanée est de 2 millimètres dans les
« premiers mois de la vie : il est donc aisé de pénétrer
« dans le sinus, à condition de la bien repérer.

« L'enfant, maintenu dans une immobilité absolue,
« sera couché la tête à plat sur le côté gauche. On
« rase la région qui avoisine l'angle postérieur de la
« grande fontanelle ; cet angle, point de repère pré-
« cieux, correspond à la ligne médiane, à la suture
« sagittale et à l'axe du sinus longitudinal supérieur.

« Après application de teinture d'iode et décolo-
« ration à l'alcool, avec une aiguille à ponction lom-
« baire, on pique dans l'angle, point de repère ; on
« traverse alors sans difficulté le tissu membraneux
« à sa limite extrême, en dirigeant l'aiguille vers la
« suture lambdoïde et en rasant la face profonde
« de la suture sagittale.

« L'angle membraneux perforé, l'aiguille a pénétré

« inévitablement dans le sinus et du sang noir apparaît à l'extrémité de la seringue. On aspirera doucement la quantité de sang à prélever. »

Aujourd'hui on utilise surtout le *sulfarsénol* que l'enfant tolère très bien et qui possède une action hématopoiétique appréciable chez les *enfants* à mauvais état général. Pendant la première cure, on peut totaliser la dose de 7 à 8 centigrammes.

En cas d'intolérance, on peut remplacer le sulfarsénol par le stovarsol à la dose de 1/2 centigramme par kilo et par jour.

Le mercure est surtout donné par voie percutanée. Quoique le cyanure soit très bien toléré par le nourrisson, on préfère s'en abstenir en raison des difficultés de l'administration intraveineuse.

Pour les frictions on utilise surtout l'onguent napolitain contenant 50 % de mercure métallique ou l'onguent mercuriel simple (1 partie de mercure pour 7 parties d'axonge) ou encore la pommade au calomel.

M. BLECHMANN recommande l'addition de collargol pour traitement mercuriel camouflé. *Il est à noter que les frictions doivent être faites sur le flanc ou le dos, en évitant les plis de flexion qui s'irritent facilement chez le nouveau-né.*

Pour administration buccale, on donnera du calomel à la dose de 1/2 à 1 milligramme par jour en y adjoignant du lactose ou bien la solution de lactate de mercure au 1/1000 à la dose de quatre à huit gouttes par kilo et par jour. Cette solution remplace

avantageusement la liqueur de Van SWIETEN, qui détermine par trop souvent des troubles digestifs.

Enfin, on pourra encore donner de la poudre grise contenant 33 $\frac{0}{0}$ de mercure additionné de carbonate de bismuth pour protéger l'intestin contre l'action irritative du mercure.

En dehors de la voie percutanée ou la voie buccale on ne peut guère recommander les suppositoires qui déterminent facilement des troubles intestinaux chez le jeune enfant.

CHAPITRE V

Indications thérapeutiques

Nous avons vu combien le degré de l'infection syphilitique était variable chez les enfants issus de parents syphilitiques. Ajoutons encore les conditions extérieures : traitement de la mère, possibilités de traitement général, etc. ; nous voyons alors la nécessité de faire une sélection dans les divers cas pour en tirer les conclusions thérapeutiques. Nous nous tiendrons strictement aux idées de M. et M^{me} MONTLAUR qui ont établi ces indications pour les cas les plus variés.

Une première distinction indispensable est à faire entre le nourrisson prématuré et débile et l'enfant venu à terme. On comprend que le traitement général trouve ses indications avant tout dans la première catégorie.

I. LE DÉBILE ET LE PRÉMATURÉ

Chez les débiles et les prématurés il y a encore

lieu de distinguer les syphilis franchement évolutives, les syphilis atténuées et les syphilis larvées,

A. Dans la *syphilis évolutive*, on distingue deux grands types :

1^o *Prédominance d'accidents cutanéomuqueux, sans hépatomégalie*. Dans ces cas, il convient de frapper d'emblée par le médicament actif, l'arsenic auquel on adjoindra rapidement le mercure.

On commence immédiatement des injections de Sulfarsénol, en commençant par des doses faibles qui seront selon le poids de l'enfant, d'un demi à 1 milligramme le premier jour, 2 à 3 milligrammes le deuxième jour ; même dose le troisième jour.

Après trois jours de traitement arsenical on fera pendant trois jours une cure mercurielle par exemple des frictions à la pommade au calomel. S'il y a des lésions cutanées ouvertes, on emploiera de préférence le lactate de mercure par la bouche, en commençant par 2 à 3 gouttes et en augmentant la dose rapidement.

Le septième jour on suspend le traitement. Dans la suite, celui-ci se poursuivra selon le rythme suivant :

1 jour de sulfarsénol, en augmentant les doses prudemment, jusqu'à un total de 7 à 8 centigrammes.

3 jours de mercure sous forme de frictions ou de lactate, puis, 1 jour de repos, puis on recommence.

2^o *Prédominance d'accidents cutanéomuqueux avec hépatomégalie* : on commence le traitement par le

mercure, à cause de l'action nocive de l'arsenic sur le foie. Pendant les premiers huit à dix jours, on fera des frictions ou on donnera du lactate de mercure, puis on commencera prudemment le sulfarsénol, pour aboutir finalement à un traitement mixte analogue à celui que nous avons donné plus haut.

B. — Dans la *forme atténuée*, sans grands signes, on fera un traitement uniquement arsenical. Cure de Sulfarsénol pendant trois semaines ou bien on donnera du Stovarsol à la dose de un demi à 1 centigramme par la bouche pendant 5 à 6 semaines, Ce dernier est beaucoup moins actif que la forme injectable.

C. — Dans la *syphilis larvée*, enfin ou rien n'oblige à frapper fort dès le début instituer une cure de Sulfarsénol ou simplement du lactate de mercure ou encore de la poudre grise. Durée de la cure : une vingtaine de jours environ.

Il est inutile de dire que le traitement général tel que nous l'avons décrit dans le chapitre précédent doit être appliqué rigoureusement dans cette syphilis des prématurés et des débiles. C'est la condition essentielle du succès du traitement spécifique.

II. — L'ENFANT SYPHILITIQUE A TERME

L'enfant syphilitique à terme se présente suivant les mêmes modalités que le débile.

A. — En cas de SYPHILIS ÉVOLUTIVE, selon qu'il

y a atteinte hépatique ou non, on commencera le traitement mixte par l'arsenic ou par le mercure.

1^o *Sans hépatomégalie*, un enfant de poids normal ou même d'un poids supérieur à la normale (4 à 5 kilogrammes), supporte très facilement des doses relativement fortes de Sulfarsenol, en commençant par des doses faibles. Ainsi, le premier jour on fera une piqûre de 2 milligrammes, le deuxième de 3 milligrammes et on arrivera par faire tous les cinq jours 1 centigramme et 1/2, jusqu'au total de 35 centigrammes.

En même temps, dans les jours intercalaires, on fera des frictions mercurielles où l'on donnera du lactate de mercure.

2^o AVEC HÉPATOMÉGALIE, on fait un traitement analogue, mais en commençant par un traitement mercuriel exclusif pendant une huitaine de jours.

B. — Dans la SYPHILIS ATTÉNUÉE, deux cas se présentent :

1^o La mère a subi un traitement pendant la grossesse. Dans ce cas, on commence d'emblée par un traitement mercuriel intensif : une cartouche d'onguent napolitain ou un demi-tube de gambéol par jour pendant trois fois six jours, un jour de repos entre chaque petite cure. Les frictions peuvent être remplacées par l'administration quotidienne de poudre grise en deux fois.

2^o La mère n'a pas suivi de traitement pendant la

grossesse, on doit alors débiter plus prudemment : lactate de mercure ou calomel par la bouche.

C. — Dans la SYPHILIS LARVÉE, si l'état général est bon, ne traiter l'enfant que s'il y a eu disproportion fœto-placentaire ou si la mère n'a jamais été traitée. Donner alors un traitement léger : lactate de mercure, poudre grise, calomel. Dans le cas contraire, ne pas se presser pour traiter. Surveiller la croissance de l'enfant et commencer le traitement au moindre symptôme.

Dans tous ces cas d'ailleurs, le traitement général s'impose et l'allaitement maternel doit être, s'il est possible, poursuivi avec soin.

OBSERVATIONS

(Observations personnelles obligeamment communiquées par M. et M^{me} H. MONTLAUR et provenant de la consultation anti-syphilitique de la Maternité de Paris).

OBSERVATION I

(Hérédo-syphilis floride (pemphigus à la naissance).

Huguette S. Née à terme le 14 novembre 1929.

Père bien portant.

Mère : syphilis connue et traitée depuis 4 ans : 2 grossesses ont donné la 1^{re} en 1923 un avortement spontané à 4 mois, la 2^e en 1924 une enfant mort-née à terme.

Poids de naissance : 3 kg. 930.

Placenta : 580 grammes.

Rapport fœto-placentaire = 1/6,7.

Le 26 novembre 1929 l'enfant pèse 3 kg 870 L'examen montre une légère pyodermite localisée aux membres inférieurs avec une bulle de pemphigus plantaire

Le jour même on pratique une piqure de sulfar à 0 gr 005 et l'on institue un traitement au sulfar.

Le 17 décembre 1929 le pemphigus, la pyodermite ont disparus.

L'état général est excellent. La croissance normale.

OBSERVATION II

(Pseudo syphilis floride à la naissance).

Yolande R. — Jumeau né le 3 juillet 1929.

Parents bien portants.

1^{re} grossesse.

Poids de naissance 1 kg. 950.

Poids de l'arrière faix : 720 grammes.

Rapport fœto-placentaire = 1/2,7.

Le 9 juillet 1929 l'enfant est vu à la consultation. Elle présente :

des fissures anales ;

une taie oculaire gauche ;

du melœna.

Le jour même piqûre de sulfar à 0 gr. 0005.

Un traitement au sulfar est institué.

Le 10 : 0,0005 ;

12 : 0,001 ;

14 : 0,001 ;

16 : 0,0015 ;

Le 23 juillet l'enfant pèse 1730 grammes.

Dès lors le sulfar est continué pendant 25 jours : une piqûre tous les 5 jours :

(0,005 ;

(0,005 ;

(0,010 ;

(0,015 ;

L'état général est satisfaisant.

Le 20 août 1929 l'enfant pèse 3.200 grammes.

OBSERVATION III

(Hérédo-syphilis floride à la naissance).

Gisèle R. — Jumeau née le 3 juillet 1929 (sœur de l'observation II).

P. N. : 1900 grammes.

Poids du placenta 720 grammes.

Rapport fœto-placentaire = $1/2$, 6.

Le 9 juillet 1929 l'enfant est auscultée :

ictère ;

ganglions cervicaux ;

fissures anales et labiales.

Mise au Sulfar d'emblée. :

9 juillet : 0,0005 ;

10 » : 0,0010 ;

12 » : 0,0010 ;

14 » : 0,0010 ;

16 » : 0,0015.

Le 18 l'enfant pèse 2030 grammes.

Le 23 » » 2230 grammes.

Bon état général.

La cure de sulfarsénol poursuivie par la suite a donné d'excellents résultats.

OBSERVATION IV

(Hérédo-syphilis latente).

Renée D. — Née le 1^{er} août 1929.

Deux frères et sœurs bien portants et 4 morts en bas âge.

La mère présente une réaction de B. W. partiellement positive et a été traitée au Novar.

A la naissance l'enfant pèse 3.590 grammes.

Le 20 août 1929 l'enfant est vue car elle tête mal et n'a pas augmenté de poids.

Le jour même, injection de Sulfar : 0,005 milligrammes.

Tous les 8 jours on fera une injection de sulfar de 0,005 milligrammes, puis 0, 01 centigramme, puis 0,015 (1 cg. $1/2$).

L'état général va s'améliorant.

Le poids augmente.

Les tétées deviennent faciles.

OBSERVATION V

(Hérédo-syphilis latente).

Serge D. — Né le 11 novembre 1929.

Père bien portant.

Mère : B. W. : 8/8.

Ayant eu en 1927 un enfant mort en 24 heures après la naissance.

Poids de naissance : 3 kg. 600.

Poids du placenta : 520 grammes.

Rapport fœto-placentaire = 1/6,9.

De plus, on note une légère hydrocèle.

Le 26 novembre 1929 : état général peu satisfaisant.

Poids : 3 kg. 400.

On prescrit des frictions au Gambéol jusqu'au 10 décembre 1929.

A ce jour, bon état général.

Poids : 3 kg. 900.

L'amélioration se poursuit par la suite.

OBSERVATION VI

(Hérédo-syphilis floride à la naissance).

Enfant Le Pr. — Née le 9 juin 1930.

Poids de naissance 3 kg. 050.

Poids du placenta 435 grammes.

Antécédents familiaux : parents en apparence bien portants — 2 morts de diphtérie.

Le 10 juin 1930 on constate des bulles de pemphigus à la plante des pieds.

Le 17 juin 1930 on institue un traitement au sulfarsénol.

Le 17 : 0,0005;

18 : 0,001 ;

20 : 0,0015 ;

24 : 0,005 ;

28 : 0,01 ;

A la date du 28 : amélioration nette. Le pemphigus disparaît.

Par la suite, enfant perdue de vue.

OBSERVATION VII

(Hérédo-syphilis latente).

Monique S. — Née le 10 décembre 1929.

La mère syphilitique avérée a été soignée en cours de grossesse.

Poids de naissance : 2.620 grammes.

Placenta : 490 grammes.

Rapport placentaire = $1/5,3$.

Le 17 décembre 1929 on commence les frictions mercurielles qui furent continuées 20 jours.

L'état général reste peu satisfaisant, la croissance difficile.

Par la suite on alternera : les frictions mercurielles ;
le Calomel.

L'état général va s'améliorant nettement.

Revue à un an : l'enfant est superbe et pèse 10 kg. 500.

OBSERVATION VIII

(Hérédo-syphilis latente).

Yvette D. — Née le 10 mai 1930.

Issue de parents tous deux syphilitiques ayant un B. W. franchement positif et ayant été traités.

A la naissance l'enfant pèse à peu près 3.000 grammes.

le placenta aux environs de 300 grammes.

Le 27 mai 1930 : devant l'état général peu satisfaisant de l'enfant on ordonne des frictions mercurielles.

Le 6 juin 1930 l'apparition d'un eczéma fait proscrire ces frictions que l'on remplace par le lactate de mercure (IV gouttes).

L'enfant supporte mal le lactate que l'on abandonne rapidement et qui est remplacé par *Le Calomel*.

Celui-ci est bien supporté à la dose de 0,001 milligramme par jour durant 10 jours.

Avec le Calomel, amélioration rapide.

L'état général devient excellent.

OBSERVATION IX

(Hérédo-syphilis et débilité).

Georges R. — Né le 30 août 1931.

Mère B. W. = 5/5.

Poids de naissance 2.720 grammes.

Poids du placenta 600 grammes.

Rapport fœto-placentaire = 1/4,5.

Vu à la consultation le 20 octobre 1931 ne pesant que 2.450 grammes, tête mal.

Mise au Sulfarsénol d'emblée.

Le 20 octobre : 0,002 ;

27 » : 0,005 ;

3 novembre 0,01 ;

10 » 0,015 ;

17 » 0,03 ;

24 » 0,04 ;

1 décembre 0,045 ;

8 » 0,045 ;

15 » 0,06 ;

Fin décembre crise de dyspnée avec cyanose nécessitant la suppression du sulfar et l'administration de 10 centimètres cubes de sérum glucosé.

Ces accidents rétrocèdent rapidement.

OBSERVATION X

Hérédo-syphilis latente.

Hérédo-syphilis maternelle).

Laure M. — Née le 17 octobre 1930 à 8 mois 1/2.

Poids de naissance 3,120.

Poids du placenta 520 grammes.

Rapport fœto-placentaire 1/6.

On soupçonne l'hérédo-syphilis chez la mère car elle présente de nombreuses exostoses et à déjà eu un enfant à 8 mois 1/2.

Par contre le B. W. chez-elle est négatif.

L'enfant vue le 24 novembre 1931 est mise au lactate de mercure 3 fois par jour II gouttes.

L'état général devient excellent et le lactate est poursuivi.

Malade perdue de vue.

OBSERVATION XI

(Hérédo syphilis larvée).

Raymond D. — Né le 23 mars 1930.

Mère et collatéraux hérédo-syphilitiques connus.

La mère a été traitée pendant la grossesse.

A la naissance l'enfant pèse 3620 grammes.

Placenta 500 grammes.

Rapport fœto-placentaire = 1/7,2.

D'emblée l'enfant est mis au lactate de mercure.

Malgré cela, la croissance est difficile ; des crises de diarrhée surviennent, traitées par le gélotanin et le citrate de soude.

Par la suite la croissance devient normale.

Le 28 avril, c'est-à-dire à l'âge de 1 mois l'enfant ne pèse cependant que 3.450 grammes.

OBSERVATION XII

(Hérédo-syphilis latente).

Cesh... — garçon né le 7 juin 1931.

Pesant 3 kg. 600.

Placenta : 650 grammes.

Rapport fœto-placentaire 1/5,5.

Le père est bien portant.

La mère est traitée pour syphilis durant la grossesse avant l'accouchement.

Le B. W. maternel est négatif.

Dès la naissance on prescrit pour l'enfant des frictions mercurielles et trois fois par jour, II gouttes de lactate de mercure.

Le 13 octobre 1931 l'enfant pèse 3.640 grammes.

Est en excellent état mais présente de nombreux stigmates d'hérédo-syphilis.

Le lactate de mercure est continué.

OBSERVATION XIII

(Hérédo-syphilis avec hépatomégalie).

Marcelle H.-Née le 22 novembre 1929.

Poids de naissance : 3.800 grammes.

Poids du placenta : 765 grammes.

Rapport fœto-placentaire = 1/4,9.

Père bien portant.

Dans les antécédents maternels on note :

Une grossesse en 1925 : garçon bien portant.

Une grossesse en 1926 : avortement de 2 mois.

Une grossesse en 1927 : avortement de 4 mois

Par contre le B. W. maternel est négatif.

L'enfant est vue le 26 novembre 1929 pesant 3 kg. 630 grammes. Le foie est un peu gros.

On prescrit alors des frictions mercurielles suivant le mode habituel.

L'enfant revue le 25 février 1930 est *une très belle enfant en excellent état*

OBSERVATION XIV

(Hérédo-syphilis larvée).

Kléber M. — Né le 21 mars 1930.

Mère ayant un B. W. = 8/8.

Le père et la mère ont été traités pour syphilis.

Poids de naissance 3.920 grammes.

Placenta 800 grammes.

Valeur fœto-placentaire = 1 /4,9.

Le 26 mars 1930 l'enfant ne pèse plus que 3.330 grammes ayant maigri de 600 grammes en 5 jours. Malgré cela, l'enfant ne présente aucun stigmate de syphilis.

On prescrit dès lors des frictions mercurielles.

Le 8 avril 1930 : légère infection ombilicale avec pyodermite traitée par la pommade au Collargol.

Par la suite des frictions mercurielles seront remplacées par un traitement au Sulfarsénol.

La croissance redevient normale.

OBSERVATION XV

(Hérédo-syphilis active chez un prématuré débile).

Simone H. — Née le 8 octobre 1931 à 8 mois.

Père bien portant.

B. W. maternel = 8/8.

A la naissance l'enfant pèse 2.430 grammes.

Placenta 430 grammes.

Rapport fœto-placentaire = 1 /5,5.

Le 9 octobre 1931 : apparition de melæna traité par
sérum glucosé
sang maternel

Le 13 octobre 1931 : réapparition du melæna avec ictère.

Traités par sérum glucosé et sang maternel.

Le 3 novembre 1931 : l'état général est meilleur.

On prescrit le lactate de mercure.

D'abord II gouttes 3 fois par jour.

Puis IV gouttes 3 fois par jour.

L'enfant revue le 16 décembre 1931 est en excellent état général.

CONCLUSIONS

1^o Malgré le fonctionnement des consultations prénatales et d'une organisation prophylactique, on constate souvent des manifestations syphilitiques plus ou moins patentes chez le nouveau-né. La raison en semble être la méconnaissance de la syphilis chez les parents et surtout de l'hérédo-syphilis maternelle ; l'influence de l'hérédo-syphilis paternelle sur le produit de la conception n'ayant pas encore été démontrée.

2^o La syphilis frappe avec une assez grande fréquence la seconde génération et même les générations ultérieures. Dans bien des cas, malgré les bénignité et la latence clinique et sérologique de la syphilis des parents, les enfants viennent au monde avec des lésions importantes. Il n'y a aucune proportionnalité entre la qualité de la syphilis des parents et de celle de la descendance.

3° Chez les enfants issus de souche syphilitique, on observe toute la gamme des formes cliniques, depuis les formes larvées jusqu'aux septicémies graves. En l'absence de manifestations, le principal élément du diagnostic paraît être l'enquête familiale.

4° Pour traitement de l'héréd-syphilis du nouveau-né on doit, à notre sens, utiliser l'arsenic et le mercure.

Les préparations bismuthiques telles qu'elles existent actuellement dans le commerce, semblent devoir ne pas être employées.

Le traitement de choix est la cure arseno-mercurielle mixte (*aussi précoce que possible*), comprenant des injections sous-cutanées de Sulfarsénol et des frictions mercurielles ou l'administration buccale de lactate de mercure.

5° Un traitement général doit être obligatoirement ajouté à la médication antisiphilitique ; il comprendra si possible l'allaitement maternel et une thérapeutique médicamenteuse destinée à remonter l'état général.

6° Dans les *formes évolutives*, il est bon de faire toujours un *traitement mixte* soit à début arsenical, lorsque le foie n'est pas atteint, soit à début mercuriel en cas d'hépatomégalie.

Dans les *formes atténuées* ou *frustes* un traitement arsenical ou mercuriel plus léger peut suffire.

Chez les *débiles* et les *prématurés* il faut être très

prudent et insister particulièrement sur le traitement général : chez les *nouveau-nés à bon état général* et sans lésions évolutives, un traitement doux suffira. En cas de *forme très fruste*, surtout si la mère a été traitée préventivement, on restera dans l'expectative.

VU

Le Président,

DEBRÉ

VU

Le Doyen,

BALTHAZARD

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- BLECHMANN. — Le traitement mercuriel chez l'enfant du premier âge. *Concours Méd.*, juin 1922.
- BLECHMANN. — Étude Clinique et thérapeutique des Prématurés (in VIGNES et BLECHMANN. Les Prématurés, 1933).
- BLECHMANN. — Cent injections par les veines jugulaires et épicraniennes chez les nourrissons et les enfants du premier âge, appliquées au traitement de la syphilis héréditaire. (*Soc. de Pédiatrie* 13 janvier 1914 et *Journal de Pédiatrie*, n° 4, 28 février 1914).
- BLANCHET. — Contribution à l'étude de la syphilis chez le nouveau-né. *Thèse*, Paris 1902.
- BRIDIER. — Rapport des poids du fœtus et du placenta dans la syphilis. *Thèse*, Paris 1893.
- BRIZARD. — De quelques notions sur le traitement de la syphilis dans la première enfance. *Soc. Méd. Prat.*, 1929, p. 648.
- COUVELAIRE et MAYER. — *Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 6 juillet 1931.
- R. DEBRE. — Le traitement de la syphilis congénitale. (*Journ. des Praticiens*, XL. 1926, page 63).
- DIAS. — Hypertrophie placentaire dans la syphilis. *Thèse*, Paris, 1891.
- FERNET. — Traitement de la syphilis héréditaire précoce. *Traité de Sergent*, t. XX, p. 293.
- FINGER. — La descendance des hérédo-syphilitiques. Rapport au XIII^e, *Congr. intern. Méd.*, Paris 1900.
- FORDYCE. — *Ann. Mal. vénér.*, janvier 1916.

- FOURBNIER (A). — L'hérédité syphilitique.
- FOURNIER (E). — Hérédo-syphilis de deuxième génération., Paris 1905.
- FOURNIER (E.). — Syphilis héréditaire de l'enfance. *Traité de Sergent*, t. XX, p. 23.
- GOUGEROT. — Grossesses malheureuses dues à la syphilis malgré les B. W. négatifs. *Presse Méd.*, 28 juin 1930.
- LE GRAND KERR. — *Médical Rec.*, mai 1915.
- LESNE et BOUTELIER. — La syphilis héréditaire larvée., Paris 1931.
- LESNE et M^{me} LIROSSIER-ARDOIN. — Le traitement de l'hérédo-syphilis par des sels de bismuth oléo-solubles. *Le Proh. anti-vénér.*, 1932, p. 569.
- LÉVY-SOLAL. — *Gynéc. et Obst.* 1921, n° 2.
- MARFAN. — Traitement de la syphilis congénitale du nouveau-né et du nourrisson. *J. des Prat.*, 1927, n°s 17, 18 et 20.
- MONTLAUR. — Les syphilitiques candidats au mariage. *Thèse*, Paris 1919.
- MONTLAUR (M. et M^{me} H.). — Le traitement du nouveau-né issu de souche syphilitique. *Revue de Méd.*, 1932, p. 441.
- PAUTRIER. — Syphilis et grossesse. *Monde Méd.*, mars 1924.
- POTELUNE. — Influence de l'hérédo-syphilis maternelle sur le produit de la gestation. *Thèse*, Paris, 1927.
- RUDAUX et MONTLAUR. — Syphilis héréditaire et gestation. *L'Hôpital*, février 1927, A.
- RUDAUX et MONTLAUR. — Dépistage de la syphilis en pratique obstétricale et prophylaxie de la syphilis héréditaire (Masson et Cie, 1931).
- SANZ. — La syphilis au cours de la grossesse. *Monde Méd.* janvier 1932.
- SEZARY. — Le traitement de la syphilis, *Biol. Med.* 1932, p. 417.
- SISTO (G.). — Le cri chez le nourrisson et la syphilis héréditaire, Paris, 1910.
- SUZOR. — Les forces cliniques de la syphilis du nouveau-né. *L'Hôpital*, avril 1929.

Sant-Amand (Cher). — Imprimerie R. BUSSIÈRE. — 22-6-1933.
